

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur A. MONTANDON

LES TUMEURS MALIGNES DU RHINO-PHARYNX

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Mark KRANE

de

New York (USA)

Thèse N° 2486

Editions Médecine et Hygiène

GENÈVE

1957

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur A. MONTANDON

LES TUMEURS MALIGNES DU RHINO-PHARYNX

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Mark KRANE

de

New York (USA)

Thèse N° 2486

Editions Médecine et Hygiène
GENÈVE
1957



La Faculté de médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur A. Montandon, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 26 avril 1957.

Le doyen:

Eric MARTIN

Thèse N° 2486

I INTRODUCTION

Les tumeurs du rhino-pharynx posent un problème de diagnostic assez ardu.

Leur développement dans une cavité fermée aux regards du malade et de son entourage, le caractère silencieux ou insidieux de leur évolution initiale, leur tableau clinique si semblable à tant d'autres affections induisent à bien des erreurs.

En effet, le malade pourra consulter le médecin général pour une céphalée tenace, l'ophtalmologue pour un trouble visuel, le neurologue pour une névralgie faciale, l'auriste pour des troubles auditifs et chacun établira dans son domaine un diagnostic qui souvent ignorera la cause de l'affection.

D'atermolements et atermoiements, la maladie atteindra un stade où toute sanction thérapeutique sera vouée à l'échec. Ainsi s'explique la réputation redoutable attachées aux tumeurs de localisation épipharyngée: leur situation, leur évolution sournoise, leur symptomatologie d'emprunt constituant autant de facteurs défavorables, autant d'écueils.

Ce problème nous a vivement intéressé: quelques observations que nous avons pu consulter à la Clinique oto-rhino-laryngologique, nous ont étonné par la profusion des signes cliniques et le polymorphisme des syndromes qui en résultent. L'attrait de cette constatation nous a incité à pousser son étude: la littérature médicale nous a apporté une abondante moisson de statistiques, d'observations cliniques, de résultats thérapeutiques. Nous avons pu ainsi observer le thème des tumeurs malignes du rhino-pharynx, en nous efforçant de synthétiser l'ensemble du problème tout en faisant ressortir ses divers éléments.

II INCIDENCE DES TUMEURS DU CAVUM

Les publications anciennes soulignaient l'extrême rareté de ces tumeurs.

Bossworth, en 1899, compulsant les publications médicales d'un demi siècle, n'avait repéré que 5 cas de carcinome et 18 cas de sarcomes naso-pharyngiens.

Jackson, en 1901, portant ses recherches sur la période s'étendant de 1880 à 1900 ne rassemble pour sa part que 13 cas.

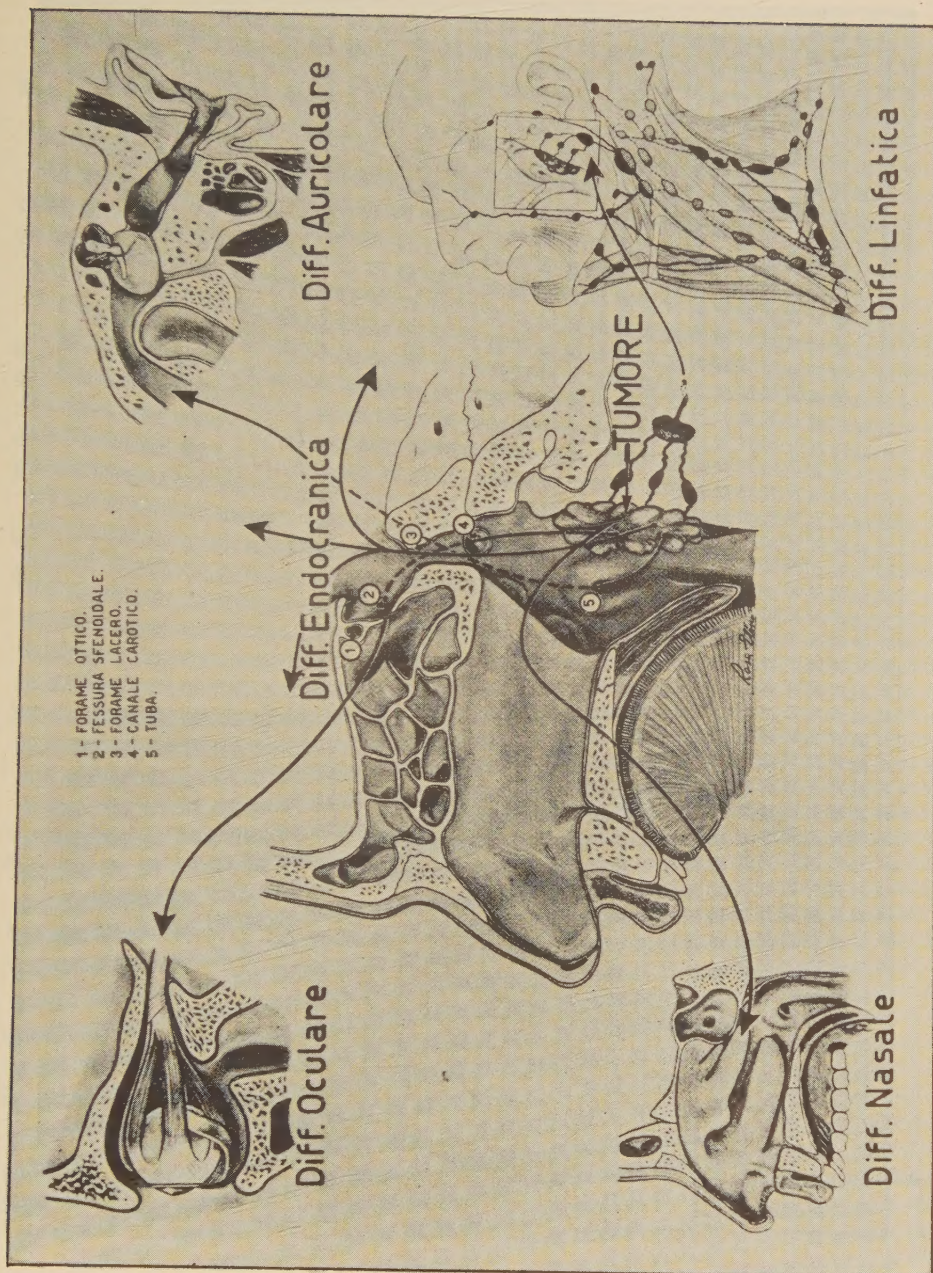
Escat, la même année, en France, consacre une étude à ce problème dans son traité classique et son élève Laval publie peu après une thèse importante.

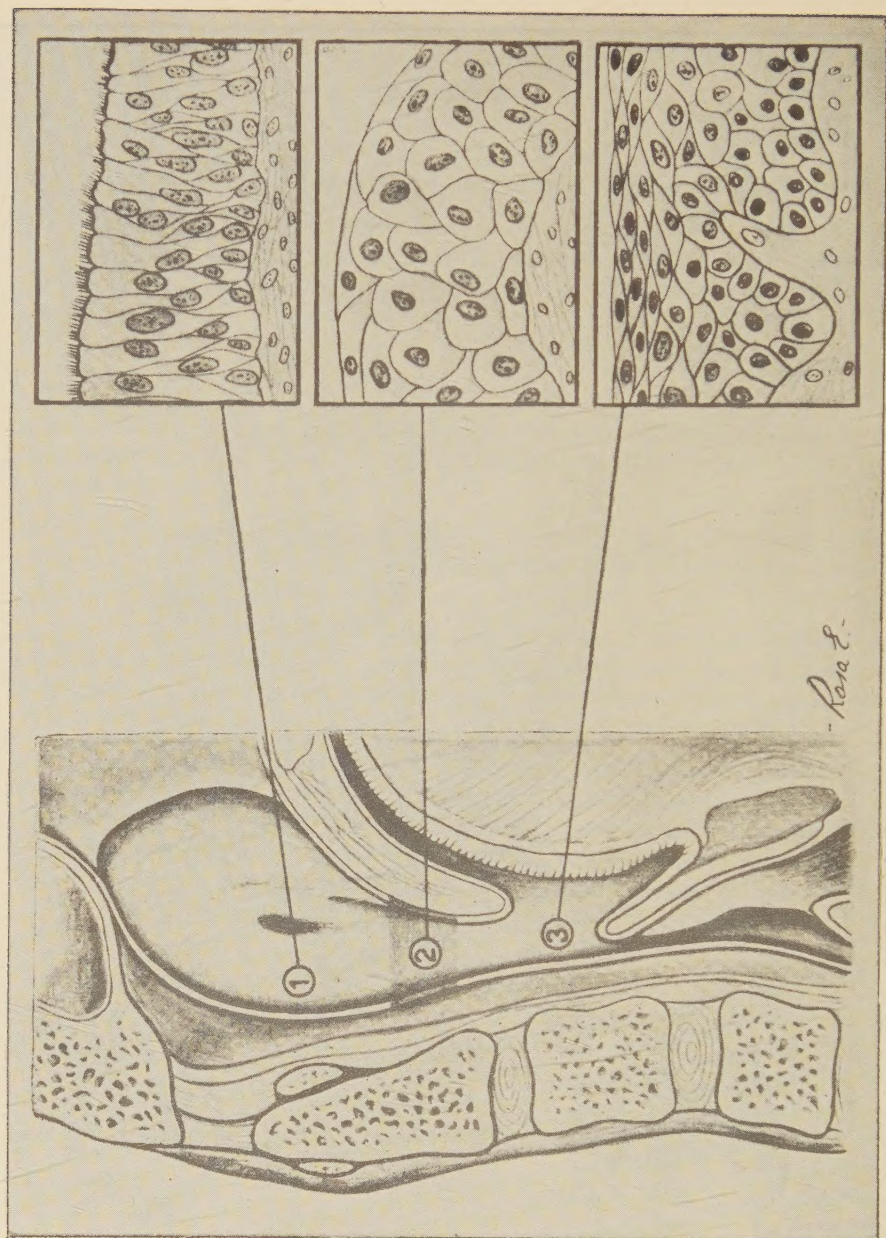
Moure et son élève Duverger (1905), Aboulker (1912) et bien d'autres encore s'attachent à décrire les différents aspects cliniques de l'affection.

Toutes ces publications démontrent la très faible incidence des néoplasies rhino-pharyngées. Les recherches de diagnostic étaient alors très difficiles faute de moyens techniques adéquats. Et forcément, les statistiques souffraient de cet handicap.

Quoique encore rares, les néoplasmes malins du cavum ne semblent pas aujourd'hui exceptionnels. Les journaux médicaux actuels sont très prolifiques en articles qui développent ce sujet: Martin, en 1949, calcule que le 0,2% de l'ensemble des tumeurs malignes et le 3% de celles qui se localisent sur les voies aérodigestives supérieures, sont à point de départ rhino-pharyngien.

En Angleterre, 0,5 à 2% -selon le type tumoral (Stevens) et aux Etats-Unis, 1 à 3% (Hoover) des tumeurs, ont cette localisation. Cependant, c'est en Extrême-Orient, particulièrement dans la région de Canton, que l'affection est la plus répandue puisque 25% de l'ensemble des néoplasmes malins se situent dans cette aire anatomique: cette fréquence extraordinaire serait imputable aux fumées de lampes à kérosène d'usage courant dans ces contrées. (d'après Hara, Stevens, etc.).





III AGE ET SEXE

C'est entre 30 et 60 ans que leur fréquence est la plus grande. De tout jeunes enfants peuvent en être affectés (1 cas de 2½ ans dans la littérature).

Environ 1/5ème des cas débute avant 30 ans.

Les hommes sont plus fréquemment touchés que les femmes: Godfresen établit la proportion de 2 hommes pour 1 femme. Dans un vaste tableau comparatif, il a groupé 768 cas appartenant à 18 auteurs différents. Ses conclusions peuvent donc avoir une portée générale considérable, car ses statistiques concernant des contingents de malades appartenant à tous les pays.

Dans le faible contingent que nous décrivons au terme de ce travail, il n'existe aucun cas féminin de néoplasme rhino-pharyngé.

IV HISTOLOGIE

La muqueuse du rhino-pharynx est de type respiratoire: c'est un épithélium cylindrique, sérié, cilié, comportant de nombreuses cellules caliciformes.

Il est contigu à l'épithélium pavimenteux pluristrati-
fié de l'oropharynx dont il est séparé par une zone intermédiaire d'épithélium cubique.

Au cours du développement embryogénétique, ces types d'épithélia connaissent d'importantes variations dans leur distribution. Cette configuration histologique constitue un terrain favorable à l'apparition de métaplasies et de néoplasies.

D'autre part, le tissu lymphoïde de l'anneau de Waldeyer, présent à la naissance, s'accroît durant les premières années pour régresser pendant l'adolescence. Cette activité cytologique intense est propice à l'éclosion de tumeurs sarcomateuses.

TABLEAU COMPARATIF DE GODTFREDSSEN (1944)

AUTEURS	Nombre de cas	CARCINOMES		SARCOMES		LYMPHOEPITHELIOME	
		Nombre	%	No	%	No	%
Oppikofer	20	6	30 %	14	70 %	-	-
Woltmann	25	15	60 %	10	40 %	-	-
Crowe-Baylor	42	16	38 %	26	62 %	-	-
Ewing	100	37	37 %	37	37 %	4	4 %
Zuppinger	32	17	53 %	15	47 %	-	-
Nex	194	154	79 %	40	21 %	-	-
Salinger-Peerlmann	24	20	84 %	1	5 %	3	11 %
Needles	32	17	51 %	14	25 %	13	24 %
Gerlings et den Hoed	34	17	50 %	12	31 %	5	19 %
Schinz et Zup- pinger	25	2	8 %	9	40 %	14	52 %
Hauser et Brownell	50	46	92 %	1	3 %	3	5 %
Cappell	44	35	79 %	-	-	9	21 %
Martin-Blady	87	12	14 %	19	24 %	56	64 %
Stout	59	32	54 %	4	6 %	23	40 %
Total	768	426	55 %	199	26 %	144	19 %

A cette statistique s'ajoutent d'autres plus récentes.

AUTEURS		<u>CAS</u>	<u>CARCINOMES</u>		<u>SARCOMES</u>		<u>LYMPHOEPITHELIOME</u>	
		No	No	%	No	%	No	%
Scevola	1949	49	49	55 %	11	15 %	28	30 %
Filippo	1950	110	43	41 %	42	39 %	25	21 %
Brunetti	1950	64	23	40 %	26	46 %	11	14 %
Lambert	1954	132	65	48 %	35	27 %	32	25 %
Ledermann	1954	21	85	70 %	27	22 %	9	8 %
Hickey	1954	23	12	51 %	8		3	20 %
Hara	1953	32	18	56 %	8	24 %	6	
Stevens	1955	35	17	49 %	8	30 %	10	34 %
Baclesse	1956	193	59	31 %	53	31 %	56	35 %

Enfin du tissu salivaire peut exceptionnellement, il est vrai, proliférer et donner des adénocarcinomes du rhinopharynx.

Les différents constituants histologiques du rhinopharynx peuvent dégénérer et donner:

- a) des carcinomes
- b) des lymphoépithéliomes
- c) des lymphosarcomes
- d) des tumeurs de type salivaire
- e) des plasmocytomes.

Le pourcentage de chacune de ces variétés diffère quelque peu selon les auteurs.

Pour Thomson et Negus, la répartition comporte 64% de carcinomes, 10% de lymphoépithéliomes, 15% de lymphosarcomes et 2% d'adénocarcinomes.

Un autre auteur anglais, Stevens, compte 34% de lymphoépithéliomes, 49% de carcinomes et 3% de sarcomes. Baclesse compte 33% de lymphoépithéliomes, 37% de carcinomes et 30% de lymphosarcomes. (voir 2 tableaux).

Les lymphoépithéliomes qui constituent un type histologique très particulier ont soulevé maintes discussions chez les pathologues. Comme ce problème n'est pas encore complètement résolu, il nous a paru intéressant d'en relever certains aspects:

En 1921, Regaud et Schmincke signalent pour la première fois un type tumoral original: les lymphoépithéliomes. Cependant, leurs descriptions ne sont pas entièrement superposables. Pour Regaud, la tumeur est constituée par des cordons, de grandes cellules polyédriques, dont les vastes noyaux sont parsemés de fines granulations de chromatine. Ces amas cellulaires sont dissociés par un réticulum de type lymphosarcomateux, mis en évidence par imprégnation argentique. Ce type a été désigné sous le nom épithéliome réticulaire.

Pour Schmincke, les cellules épithéliales sont plus petites et forment des amas moins compacts. Entre eux se situent de nombreux lymphocytes et plasmocytes. Ce 2ème type a été qualifié de lymphoblastique.

En 1927, Quick et Cutler signalent un 3ème type de lymphoépithéliome qu'ils qualifient d'intermédiaire.

Certains auteurs (entre autres Kramer, 1950) adoptent cette classification en 3 types en affirmant que leur radiosensibilité

et partant leur pronostic, sont différents. Cependant, la majorité d'entre eux (Negus et Willis, 1948, H.L. Hickey, 1954, Stevens, 1956) contestent toute signification clinique à cette différenciation.

V LOCALISATION ET EXTENSION

Une brève description des rapports anatomiques du cavum constitue une condition primordiale pour la compréhension de la diffusion des tumeurs épipharyngées:

Dans sa partie antérieure, le cavum s'ouvre sur les fosses nasales par les choanes, et de ce fait, est attenant au système des sinus faciaux, et à travers lui, à la fosse cérébrale antérieure.

L'apophyse ptérygoïde, sur la paroi latérale du cavum, limite l'épipharynx de la fosse ptérygo-maxillaire. Celle-ci est parcourue par le nerf maxillaire supérieur qui sort du trou sphéno-palatin.

A travers cette fosse, et au-delà de la fente sphénoïdale, l'on accède à la cavité orbitaire.

Sur sa face postérieure, à travers l'espace rétro-pharyngien et les muscles prévertébraux, le cavum a des rapports avec l'arc antérieur de l'atlas et les premières vertèbres cervicales.

Au-dessus du toit du pharynx se situe le sinus sphénoïde, puis la selle turcique que voïsinent d'importants organes intracraniens: le sinus caverneux, l'hypophyse, les formations nerveuses du sinus caverneux, le nerf optique et la cavité orbitaire.

Les rapports latéraux sont constitués par la partie profonde de l'espace latéro-pharyngien, à travers laquelle le rhinopharynx est en relation avec la loge parotidienne. A noter que sur cette paroi latérale s'ouvre la trompe d'Eustache, formation appendue à la base du crâne et qui pourra, tel un fil conducteur, entraîner la prolifération maligne en direction du trou déchiré antérieur, du trou ovale et du trou grand rond, déterminant l'atteinte des nerfs craniens régionnaux (II, III, IV, V et VI) et permettant la pénétration dans la fosse cérébrale moyenne.

La localisation primitive des tumeurs du rhinopharynx est par ordre de fréquence:

- a) paroi latérale (région tubaire et péri-tubaire),
- b) toit du pharynx (région de l'amygdale naso-pharyngienne et région supra-choanale),
- c) paroi postérieure.

La symptomatologie dépendra souvent de cette localisation primitive car c'est à travers des espaces anatomiques préformés qu'est assurée, dans la règle, la progression de la tumeur.



Localisation des tumeurs du rhinopharynx (d'après Brunetti).

VI SYMPTOMES INITIAUX

Si elle est située latéralement sur le pourtout de l'orifice tubaire ou dans la fossette de Rosenmuller, la tumeur peut infiltrer la branche inférieure du trijumeau et les muscles ptérygoïdiens, ce qui occasionnera névralgies faciales et trismus. Si elle progresse vers l'apophyse zygomatique, elle pourra déterminer une tuméfaction de cette région.

Une extension en direction de la fosse ptérygo-maxillaire entraînera une névrite carcinomateuse de la IIème branche de la Vème paire.

La coulée tumorale pourra aussi envahir le palais mou et la partie postérieure du maxillaire supérieur, occasionnant des tuméfactions ou une voussure.

La progression le long de la trompe d'Eustache aboutit à une invasion du trou déchiré antérieur: puis une atteinte des nerfs oculo-moteurs avec ses conséquences d'ophtalmoplégie. Le plexus sympathique péricarotidien et le nerf vidien peuvent être englobés dans la masse tumorale: un syndrome de Claude Bernard Horner et des névralgies profondes en résulteront.

Enfin, toute la série des nerfs craniens voisins des orifices du sphénoïde peuvent être enserrés par le processus néoplasique.

Tableau clinique

Pratiquement, une tumeur maligne du cavum peut se révéler par des symptômes auriculaires, respiratoires, ganglionnaires et neuro-ophtalmologiques.

Ces quatre groupes de symptômes se rencontrent avec à peu près la même fréquence et à chacun d'eux correspond en général une localisation initiale différente.

Black et Stevens notent que les symptômes respiratoires et ganglionnaires se font jour dans 30% des cas, les symptômes otologiques dans 25% et 15% seulement constituent le syndrome neuro-ophtalmologique.

D'autres auteurs, cependant, avancent des pourcentages où des syndromes ganglionnaires et respiratoires sont notablement plus importants.

Passons en revue ces quatre groupes symptomatiques:

1) Syndrome auriculaire:

résulte de l'obstruction de la trompe d'Eustache par une néoplasie à point de départ péritubaire.

Une surdité unilatérale accompagnée quelquefois d'otalgies en résulte.

L'examen clinique révèle une sorte d'otite séreuse qui récidive sans cesse malgré les paracentèses et les ponctions de la caisse.

L'audiogramme met en évidence une surdité de transmission typique pour l'obstruction tubaire, c'est-à-dire que l'hypoacousie porte surtout sur les basses fréquences.

Cette surdité amène le praticien à cathétériser la trompe: ce test se révèle difficile, douloureux et la sonde d'Itard est souillée de sang.

La salpingoscopie et le toucher pharyngien permettront d'éclairer le diagnostic.

Le biopsie le confirmera.

Dans la série de quatre cas que nous présenterons au terme de ce travail, tous offraient une symptomatologie auriculaire.

Comme complément et illustration de ce qui précède, le tableau III confronte les chiffres apportés par deux auteurs, l'un français, Baclesse (B), l'autre anglais Stevens (S).

T A B L E A U I I I

Adénopathies

<u>Total</u>		<u>Type tumoral</u>	<u>O</u>		<u>Unilatérale</u>		<u>Bilatérale</u>	
B	S		B	S	B	S	B	S
17	13	Lymphoépithéliomes	9	-	3	6	5	7
21	1	Sarcomes	4	-	5	1	12	-
38	15	Carcinomes	13	5	8	10	17	2

Ainsi d'un auteur à l'autre les pourcentages varient à l'infini.

2) Syndrome respiratoire

Ce sont des tumeurs nées dans la région choanale ou périchoanale ou l'ayant envahie, qui donnent lieu à une symptomatologie d'obstruction nasale avec rhinorrhée purulente ou sanieuse, rhinolalie, et souvent catarrhe descendant des voies aéro-digestives supérieures.

Souvent la masse tumorale s'ulcère: les sécrétions prennent un caractère sanieux, fétide.

Le palais mou peut être infiltré secondairement, ce qui détermine un syndrome de Trotter.

Des épistaxis récidivants sont quelquefois au premier plan et constituent le seul symptôme initial: c'est la conscience du médecin, sa perspicacité qui permettront d'élaborer un diagnostic précoce grâce à un examen méticuleux.

3) Syndrome ganglionnaire

L'apparition d'une adénopathie est dans 80% des cas environ le premier symptôme sensible. A la période d'état, ce symptôme est extrêmement fréquent. Godfresen le constate dans 70% des 454 cas qu'il a recensés, alors que les autres symptômes ne sont patents que dans 40 à 50% des cas après une longue évolution. Ce sont les lympho-épithéliomes qui se révèlent dans la règle par leurs métastases ganglionnaires. Leur situation est caractéristique: entre la mandibule et l'apophyse mastoïde. Unilatérale ou bilatérales, elles peuvent intéresser secondairement toutes les chaînes latéro-cervicales post. Ce n'est qu'après 10 à 11 mois d'évolution tumorale qu'elles apparaissent. (voir tableau ci-contre).

4) Symptômes neuro-ophtalmologiques

Les tumeurs du cavum peuvent s'étendre dans toutes les directions mais l'expérience nous prouve qu'elles ont peu de tendance à s'accroître en direction de l'oropharynx. Elles ont une prédisposition à envahir la base du crâne: cette évolution supérieure est caractéristique.

La voûte du rhinopharynx paraît à priori constituer un obstacle osseux solide et résistant à l'envahissement du crâne. Il n'en est rien.

Ces tumeurs effondrent le sinus sphénoïdal, la selle turcique, pénètrent dans la cavité crânienne déterminant les signes classiques des tumeurs de l'étage antérieur et de l'étage moyen du crâne.

Ce sont des signes d'hypertension intracrânienne: céphalées profondes, intenses; vomissements faciles, sans effort; troubles de l'intelligence et de la mémoire et surtout du caractère, lésions du FO.

Puis des signes de localisation pourront apparaître sous forme d'atteinte du nerf optique ou du nerf olfactif.

L'envahissement latéral aboutit aussi à la base du crâne: en suivant les feuillettes aponévrotiques péritubaires (Jacod), la tumeur atteint le trou déchiré antérieur, et par le canal osseux de la trompe, la pointe du rocher.

L'extension se fait ainsi vers l'étage moyen de la base du crâne.

Toute une série de syndromes neurologiques peuvent en résulter. Ce sont:

- a) Le syndrome de Gradenigo: par destruction de la pointe du rocher, atteinte de la IVe et de la Ve paire,
- b) le syndrome de Foix: atteinte de la Ve, IIIe, IVe et VIe paires, soit névralgie faciale associée à une ophtalmoplégie externe,
- c) Le syndrome de Jacod ou syndrome du carrefour sphénoïdal. C'est un syndrome plus étendu que celui de Gradenigo: par le canal osseux de la trompe, par les trous déchirés antérieurs, trous ovales et grands ronds, la coulée tumorale atteint les IIe, IIIe, IVe, Ve et VIe paires crâniennes. Ce carrefour sphénoïdal est un carrefour nerveux mais aussi vasculaire puisqu'il comporte le sinus caverneux et lymphatique, ce qui explique l'atteinte précoce des ganglions de la chaîne jugulaire.
- d) Syndrome du trou déchiré postérieur (Vernet) réalisé en général par les métastases ganglionnaires pharyngées hautes envahissant les IXe, Xe et XIe paires qui sortent par cet orifice crânien.
- e) Syndrome de Collet-Sicard: un peu plus étendu que le précédent. Même étiologie. Atteinte des IX, X, XI, XIIe paires.
- f) Syndrome de Villaret: 4 dernières paires crâniennes + sympathique cervical. C'est une variante du syndrome précédent.

- g) Syndrome de Claude Bernard Horner: par atteinte du sympathique cervical également par métastases ganglionnaires. Ce syndrome comporte:
- une ptose palpébrale
 - une énoptalmie homolatérale
 - un rétrécissement de la fente palpébrale

L'extension d'une tumeur péritubaire vers l'oropharynx donne lieu au

Syndrome de Trotter. Celui-ci se décompose en symptômes suivants:

- 1) Surdité de transmission unilatérale (par obstruction tubaire).
- 2) Névralgies du maxillaire inférieur.
- 3) Asymétrie du voile du palais.

Ce sont donc la 3ème branche du trijumeau et le glossopharyngien qui sont atteints dans ce syndrome.

Syndrome de la fosse ptérygo-maxillaire: avec névralgies de la 2ème branche du trijumeau et trismus qui résultent d'une extension latérale.

VII MARCHE, DUREE, TERMINAISON

La progression et le mode d'envahissement des tumeurs malignes rhinopharyngées varient beaucoup.

Celles de la région tubaire ont une évolution lente au début. Plusieurs mois s'écoulent avant que n'apparaissent les premiers symptômes de surdité, bourdonnements et céphalées profondes unilatérales. Pendant longtemps encore, la symptomatologie reste uniquement auriculaire. Et, ce n'est que tardivement, que les complications d'obstruction nasale ou neuro-ophtalmologiques surviennent.

Mais le siège de la tumeur n'est pas le facteur essentiel. La durée de cette évolution dépend:

- a) du type histologique de la tumeur,
- b) de l'âge du malade,
- c) du traitement qui a été instauré.

Ainsi les sarcomes prolifèrent rapidement; les carcinomes et les lymphoépithéliomes s'accroissent lentement.

Les tumeurs ulcérées et infectées ont une marche accélérées.

Les sujets jeunes disparaissent précocement.

Les lymphoépithéliomes et les lymphosarcomes, plus radiosensibles, ont meilleur pronostic.

Extension endocranienne: Les tumeurs malignes du rhinopharynx finissent par envahir l'étage antérieur et moyen du crâne et le malade ne tarde pas à succomber aux désordres que cette extension entraîne.

Extension lymphatique: La métastatisation du système lymphatique est progressive: Ce sont les relais sous-craniens de la chaîne jugulaire qui sont envahis les premiers, puis les ganglions sus-claviculaires, axillaires et thoraciques sont métastatisés.

Extension par voie sanguine: Dans les cas de tumeurs conjonctives, la néoplasie peut se généraliser par voie sanguine. Le malade en proie à d'affreuses douleurs, à la fièvre, à l'anémie, à la cachexie, finit par succomber à des complications méningées, hémorragiques ou infectieuses.

VIII DIAGNOSTIC

L'examen systématique du cavum s'impose toutes les fois qu'un malade vient consulter pour une hypoacousie tenace, inexplicable, pour une céphalée unilatérale permanente profonde, pour une obstruction nasale ou pour un ganglion cervical haut situé.

Ces investigations indispensables comportent:

- I a) la rhinoscopie antérieure et postérieure,
b) la salpingoscopie et la pharyngoscopie,
- II le toucher pharyngien,
- III les examens radiologiques.

Lors d'un premier examen, une petite néoplasie peut échapper au praticien le plus averti.

Mais devant la persistance des symptômes, ces investigations devront être répétées.

Lorsqu'une suspicion de prolifération maligne est enregistrée, une biopsie devra toujours être pratiquée: c'est là une règle absolue (Canuyt).

I Inspection: (rhinoscopie, salpingoscopie et pharyngoscopie).

Quelles sont les lésions que l'on sera amené à observer ?.

1) le palais mou pourra présenter une tuméfaction et une de ses moitiés se révélera immobile (parésié). La partie postérieure du maxillaire inférieur montrera un rebord alvéolaire épaissi.

2) Quelquefois, en soulevant le voile du palais, on pourra apercevoir le pôle inférieur de la tumeur.

3) La ventilation nasale pourra être diminuée ou nulle: la rhinoscopie postérieure mettra en évidence une masse muriforme, ulcérée ou non, obstruant les choanes. Cette masse s'insère tantôt sur la voûte pharyngée, tantôt sur une paroi latérale.

4) Sur l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache ou sur la fossette de Rosenmüller toute proche, on pourra découvrir un bourrelet néoplasique. A son stade initial, ce type de tumeur est très difficile à diagnostiquer.

5) Toute la paroi latérale du nasopharynx peut être déplacée vers la ligne médiane.

II Le toucher pharyngien

De préférence après anesthésie, offrira un appoint important, car l'examen visuel ne donne pas toujours une image bien convaincante: le doigt palpera la tumeur, délimitera son volume, appréciera sa consistance et reviendra souillé de sang ou de sécrétions fétides.

III Investigations radiologiques.

a) A la période où le cancer est strictement localisé, la radiographie ne donne que très peu de renseignements. Cependant, la radiographie du crâne en profil pur permettra de déceler les contours d'une tumeur appendue à la voûte du pharynx ou sur la paroi postérieure. Une pulvérisation de substance radio-opaque sur les parois

du cavum permettra mieux de voir se profiler la néoplasie.

b) Au stade de destruction osseuse: l'examen radiologique est des plus importants. Les incidences usuelles sont:

1. profil du crâne qui permettra de constater un envahissement du sinus sphénoïdal et de la selle turcique,
2. l'incidence menton-vertex plaque (Hirtz ou Runström IV) nous orientera sur une progression éventuelle dans la région du trou déchiré antérieur, trous ovale et grand rond, vers la pointe du rocher et des sinus faciaux postérieurs,
3. l'incidence de Rheese qui donnera des renseignements sur une progression dans la cavité orbitaire et la région ethmoïdale,
4. l'incidence de Chaussé II qui permettra de confirmer une atteinte au niveau du trou déchiré postérieur.

Baylin, Reeves et Reman ont décrit une triade radiologique pathognomonique de l'affection à un stade avancé.

Elle consiste en un agrandissement des trous du sphénoïde (trou déchiré antérieur, trou ovale, trou grand rond), une érosion de la lame basilaire et une destruction de la crête pétreuse visible sur une incidence menton-vertex plaque.

Graham et Meyer soulignent que la partie médiane de la grande aile du sphénoïde et la pointe du rocher sont souvent envahis.

IV L'examen cytologique des sécrétions du cavum peut avoir un grand intérêt à condition d'être pratiqué par un spécialiste très entraîné. Friedman (1951) souligne l'importance de telles recherches. Il est vrai qu'un résultat négatif n'est pas concluant. Mais Morrison, Hop et Wu affirment que cette méthode de Papanicolaou donne des résultats absolument concordants avec les biopsies chez la plupart des malades qu'ils ont eu à examiner.

IX DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Toute une série d'affections à symptomatologie commune doivent être éliminées.

La plupart du temps, le seul examen du cavum avec

biopsie permettra d'éclairer le diagnostic.

Ces affections à symptomatologie voisines sont:

- 1) adénopathies tbc. latérocervicales,
- 2) adénomégalias cervicales d'autre origine,
- 3) névralgies du trijumeau.

La plupart des névralgies faciales sont symptomatiques. Il est donc toujours nécessaire de rechercher soigneusement leur étiologie.

- 4) algies dentaires,
- 5) otites catarrhales,
- 6) sinusites,
- 7) arthrite mandibulo-temporale,
- 8) Tumeurs méningo-encéphaliques de la base du crâne,
- 9) lupus du cavum.

X TRAITEMENT

Nous avons à notre disposition

- a) les agents physiques
- b) la chirurgie.

- 1) R. X.
- 2) Cobalthothérapie.
- 3) Curiethérapie
- 4) Electrocoagulation

- a) Agents physiques

Le traitement par RX ou par bombe au Cobalt constitue le traitement de choix autant pour les sarcomes que pour les tumeurs épithéliales.

Les sarcomes, les lymphoépithéliomes, les plasmocytomes qui présentent une forte radiosensibilité fondent en général "comme neige au soleil". Mais cette bonne réponse ne veut pas dire guérison, car les récidives sont fréquentes.

TABLEAU STATISTIQUE SUR LES RESULTATS DU TRAITEMENT

Auteurs	Nombres de cas	Guéris après 5 ans		CA			SA			Lymphoepithéliomes		
		Total	%	Traite.	Guéris	%	Traite	Guéris	%	Traite.	Guéris	%
Godfredsen	259	56	21,7 %	143	18	12,6 %	66	20	31,8 %	34	12	35 %
Martin-Blady	80	20	25 %	13	1	0,7 %	21	—	—	5	—	—
Ledermann	56	11	20 %	32	5	16 %	4	2	50 %	6	1	16,6 %
Lambert	132	29	21,9 %	65	15	23 %	?	35	6 %	17	?	?
New-Stevenson	231	41	17,8 %	?	?	8,9 %	?	?	?	?	?	17 %
Baclesse (compilation de chiffres par 8 instituteurs européens et anglo-américains)	530	61	11,5 %	270	10	3,7 %	167	24	14 %	93	25	26,8 %

Dans les statistiques englobant 1281 cas d'auteurs, l'on arrive à un pourcentage de 17,7 % de guérison après 5 ans.

Le plus important critère quant au pronostic s'appuie sur l'atteinte osseuse.

Selon Eberhard et Lomberg, en l'absence d'atteintes osseuses visibles aux RX, le pourcentage de guérison atteint 40% sinon il ne dépasse guère 10%.

Un autre critère concerne les métastases ganglionnaires: si seuls les ganglions supérieurs de la chaîne cervicale sont touchés, on enregistrera environ 30% de guérisons après évidemment complémentaire à la physiothérapie.

Si les ganglions inférieurs ont été envahis, les chances de guérison sont presque inexistantes.

Enfin, un autre critère important: le type histologique de la tumeur.

Les lymphoépithéliomes ont le meilleur pronostic même en présence de métastases latérocervicales; la radiothérapie donnera 25 et 40% de guérison. Sans métastase, les chances de stérilisation de la tumeur sont encore plus grandes.

Les lymphosarcomes répondent bien au RX: en l'absence de métastase, l'on a enregistré près de 40% de guérisons.

Les carcinomes ont un pronostic beaucoup plus fâcheux: leur diagnostic tardif et leur faible radiosensibilité entraînent des résultats thérapeutiques décevants. (voir tableau).

Cependant, le traitement amène en général une sédation des douleurs et offre les chances d'une survie qui peut porter sur plusieurs années (Stevens).

La thérapeutique antalgique n'est pas à négliger: en procédant à de fréquents nettoyages du rhinopharynx, en pratiquant des anesthésies du trijumeau et du ganglion sphéno-palatin, on atténuera l'affreux calvaire du malade.

La Curiothérapie sous forme de sondes nasales ou de tubes de radium fixés à des tampons de gaze que l'on amarre dans le rhinopharynx à la façon des tamponnements postérieurs pour épistaxis, pourront donner, associés à des rayons X, des résultats intéressants.

L'électrocoagulation constitue un traitement palliatif qui ne vise qu'à diminuer les phénomènes d'obstruction nasale ou tubaire qui incommode tant le malade. Exceptionnels sont les cas qui ont été guéris par cette méthode.

Chirurgie. Des interventions chirurgicales dites redicales ont été depuis longtemps préconisées. Mais elles se sont soldées par un échec complet. En effet, elles provoquaient une recrudescence des douleurs, une accélération de la prolifération tumorale et écourtaient encore la vie du malade.

Cependant, dans un article récent de l'A.M.A. (1954), A.J. Hara décrit une nouvelle technique d'exérèse chirurgicale par voie transpalatine, qui aurait donné des résultats assez convaincants.

XI DOCUMENTS PERSONNELS

Nous avons pu recueillir dans les archives de la clinique oto-rhino-laryngologique de Genève 4 observations cliniques de tumeurs malignes du cavum: il s'agit de malades traités au cours de ces 4 dernières années. Elles nous permettront de nous transposer du plan nosologique sur le plan de la clinique pure. Un heureux hasard a voulu que les trois types histologiques principaux soient représentés dans ce faible contingent. La richesse des symptômes et le polymorphisme des syndromes qui en résultent, constituent une bonne illustration de ce qui précède.

Observation I

M. Edgar M., 67 ans, colporteur. Le malade est depuis plusieurs mois asthénique et sans appétit lorsqu'il décide de consulter la policlinique oto-rhino-laryngologique, en septembre 1951. De violentes céphalées à siège pariétal gauche et à prépondérance vespérale, survenant par accès, le tenaillent. Il présente de plus un oedème de l'hémiface gauche.

Un lavage du sinus maxillaire gauche qui s'était révélé voilé à la diaphanoscopie ramène des eaux de lavage propres. Suspectant une affection plus grave, le médecin convoque le malade pour de nouvelles investigations. Mais le patient s'abstient de se présenter.

Ce n'est que le 20.12.51, alors que la situation s'est considérablement détériorée qu'il consulte à nouveau et il est immédiatement hospitalisé à la Clinique O.R.L.

Ses plaintes sont alors:

- a) des céphalées intenses à siège pariétal droit,
- b) des douleurs au niveau des régions sus et sous-orbitaires,

- c) une ptose palpébrale gauche, survenue il y a 1 mois,
- d) une forte hypoacousie bilatérale, qui aurait commencé à gauche un mois plus tôt,
- e) une agueusie partielle: les aliments solides n'ont plus de goût,
- f) asthénie profonde et amaigrissement.

L'examen d'entrée permet de brosser le tableau suivant chez un homme de 67 ans en médiocre état de nutrition.

I Le status O.R.L. permet d'établir les constatations suivantes:

- 1) La fosse nasale droite est complètement obstruée par une masse bourgeonnante appendue à la voûte pharyngée et s'étendant vers l'oropharynx en obstruant presque complètement les deux choanes et les orifices tubaires, occasionnant une rhinolalie.
- 2) Les tympans sont rétractés.

II Le status ophtalmologique offre une profusion de signes cliniques. Ce sont:

- 1) Un ptosis de la paupière supérieure gauche.
- 2) Une paralysie complète des muscles droit supérieur et droit inférieur alors que les autres muscles oculo-moteurs sont parésiés.
- 3) Une hypoesthésie de la cornée gauche.
- 4) Une hypoesthésie de la paupière gauche, qui accompagne d'ailleurs une hypoesthésie de toute l'hémiface gauche.
- 5) Un léger rétrécissement concentrique du champ visuel ddc.

Ces troubles oculo-moteurs qui intéressent les IIIe, IV et VIe paires gauches des nerfs craniens et les troubles sensitifs Ie et Ve paires, constituent un syndrome de la fente sphénoïdale gauche par envahissement tumoral à partir du rhinopharynx.

III Le status neurologique est non moins extraordinaire.

- I (olfaction) : forte hypoosmie bilatérale.
- II (vision) : nous avons déjà noté un rétrécissement concentrique des 2 champs visuels. Pupilles rondes, léger myosis gauche, réaction à la lumière lente à gauche.
- III IV VI Ophtalmoplégie incomplète à gauche.
- V Hypoesthésie cornéenne et de l'hémiface gauche.
- VII s.p.

VIII a) acoustique : Surdité mixte avec Weber non latéralisé. Les 2 oreilles présentent le même type et la même intensité de surdité. L'audiogramme met en évidence des courbes osseuses de presbyacousie physiologique tandis que les courbes aériennes font ressortir un déficit progressif de 20 à 70 db. de type transmission pure jusqu'à la fréquence 1000, mixte au delà.

b) n. vestibulaire: Les investigations sur ce nerf ne permettent d'identifier aucune dysr flexie.

IX X XI Réflexes pharyngés faibles à droite, abolis à gauche.

Réflexes vélo-palatins absents ddc.

Pas de signe du rideau, pas de dysphagie.

XII Légère déviation à gauche de la langue.

En outre, le malade présente un psychisme particulier caractérisé par un comportement euphorique.

IV Les examens de sang ne montrent rien de particulier

V La P.L. donne un L.C.R. non hypertendu, clair, avec 16 éléments et 0,60 gr. d'albumine par l.

VI La biopsie du cavum donne le diagnostic de papillome carcinomateux.

Un traitement intensif aux R.X. par champs jugaux postérieurs et antérieurs est immédiatement entrepris.

En l'espace de 3 mois, 22.000 R. au total seront dispensés au malade. Mais il n'amènera qu'une légère récupération de la IX et de la Ie paires.

En effet, le 4.2.52, un nouveau status neurologique permet de faire le point de la situation. Il peut se résumer ainsi:

Atteinte des Ie, IIIe, IVe, Ve, VIe, VIIe paires avec Claude Bernard Horner à gauche. Tout ce tableau clinique s'explique par l'infiltration carcinomateuse du sph no ide à partir de la trompe d'Eustache.

Aucune atteinte des voies longues n'est constatée. L'hypoacousie bilatérale de transmission résulte d'une obstruction chronique des trompes d'Eustache.

Cette mauvaise réponse du carcinome  pipharyng  à la radiothérapie n'est pas pour nous surprendre: elle est de règle. Le

seul élément positif du traitement résidait dans l'inhibition de l'extension tumorale.

Dès février 1952, une kératite neuro-paralytique compliquée d'iritis s'installe à l'oeil gauche. Des lésions de radioépithélite intenses affectent beaucoup le malade car elles entraînent une dysphagie importante: pour atténuer ses douleurs, le patient prend l'habitude de s'enduire la bouche de beurre frais.

Un amaigrissement catastrophique décide de l'installation de gouttes à gouttes glucosés additionnés de vitamines et de petites transfusions quotidiennes.

Cependant, le psychisme du malade s'altère: fréquemment il présente de violentes crises de colère et devient agressif, alors que jusque là, il était euphorique et docile. Il se plaint d'hallucinations auditives nocturnes et de cénestopathies. Il menace fréquemment son entourage.

Mais ces modifications de caractère ne se perpétuent pas; elles disparaissent au bout de 2 à 3 semaines.

En mai 1952, la radiothérapie étant terminée, les phénomènes de radioépithélite s'estompent: le malade mange mieux, reprend du poids.

Toutefois, le bilan de la thérapeutique n'est pas très convaincant: à part une régression de l'atteinte de la Vlle paire gauche, la situation ne s'est guère modifiée et le status neurologique reste sans changement. Il est vrai qu'aucune atteinte du tronc cérébral n'est présente puisque l'exploration des voies longues ne fait ressortir aucune anomalie.

Après 6 mois d'hospitalisation dans le Service, sur sa demande et celle de sa famille, le malade est transféré dans son canton d'origine.

Il y décède quelques semaines plus tard, soit en juillet 1952.

Observation II

Mme Henriette C, 45 ans, commerçante. Jusqu'en novembre 1949, rien à relever dans les antécédents de la malade.

A partir de cette époque, et à la suite d'une angine, la patiente ressent de violents maux de tête et accuse une diminution

de l'acuité visuelle. Elle consulte un spécialiste O.R.L. qui diagnostique des végétations adénoïdes et pratique une adénotomie.

Peu après, une symptomatologie de sinusite dentaire se fait jour: plusieurs extractions dentaires et des lavages du sinus maxillaire gauche amènent une sédation temporaire des douleurs.

Mais en janvier 1950, les algies reprennent, une extinction vocale s'y ajoute. La malade remarque pour la première fois une voussure du palais à gauche. Elle consulte un chirurgien qui pratique une biopsie: celle-ci s'étant avérée carcinomateuse, la malade est mandée chez un spécialiste O.R.L. qui diagnostique un cancer épipharyngé et fait entrer la patiente à l'Hôpital.

L'examen d'entrée du 17.4.50 fait ressortir les données suivantes:

rien aux différents status généraux, cardio-vasculaire, pulmonaire, digestif et uro-génital.

Status O.R.L.

A l'examen externe, l'on constate une masse ganglionnaire, polylobulaire, ligneuse, du volume d'un oeuf de poule, sise dans l'espace entre la mastoïde et la branche montante de la mandibule. Cette tuméfaction est douloureuse à la palpation, n'est pas adhérente à la peau, mais fait corps avec le plan profond.

Nez : fosses nasales propres, bien perméables, sauf dans l'extrême profondeur à gauche où une masse grisâtre obstrue la choane. La respiration nasale contrôlée au miroir de Glatzel est diminuée à gauche.

Gorge : L'amygdaie droite est enchatonnée, sans signe de rétention ou d'inflammation. A gauche, l'amygdale et le voile du palais offrent l'image d'un abcès périamygdalien: le voile du palais fait protrusion en avant, repoussant la luette à droite.

Bouche : La tuméfaction du voile du palais à gauche se continue en avant sur la partie postérieure du palais dur.

Cavum : toute la paroi gauche du rhinopharynx est occupée par une sorte de chou-fleur exubérant, ulcéré, pénétrant dans la choane gauche et masquant l'orifice tubaire gauche.

Larynx : les muqueuses laryngées et les cordes vocales sont

d'aspect normal. L'on note une paralysie récurrentielle gauche.

Oreilles : A droite s.p. - à gauche, tympan rétracté.

Le status neurologique: permet de relever les faits suivants:

Paralysie de la XI^e paire gauche avec atrophie des muscles trapèze et sterno-cléido-mastoïdien.g.
Paralysie de la IX^e et XII^e paires gauches.

Une nouvelle biopsie confirme le diagnostic de carcinome pavimenteux du rhinopharynx.

Ainsi, le tableau d'ensemble se dépeint comme suit:

Une masse proliférante rhinopharyngée a gagné le voile du palais gauche et la région latéro-cervicale gauche en s'étendant vers l'oropharynx. Toute une chaîne de métastases ganglionnaires s'est constituée depuis la base du crâne jusqu'à la région rétro-angulo-maxillaire gauche.

Les adénopathies sous-craniennes ont entraîné un syndrome de Collet-Sicard (atteinte des nerfs IX, X, XI qui passent par le trou déchiré postérieur et XII, par le trou condylien).

Une hypoacousie de transmission bilatérale importante résulte de l'obstruction tubaire.

Un traitement par R.X. est immédiatement mis en oeuvre. Par 4 champs cervicaux et en l'espace de 1 mois, la malade reçoit 6.000 R. Mais la situation devient catastrophique. La patiente qui souffre de violente dysphagie causée par une radioépithélite, ne s'alimente plus. Elle fond littéralement et n'a plus que 33 kg. lorsque devant la gravité de cet amaigrissement, l'on décide d'arrêter la radiothérapie.

La malade rentre chez elle. Elle y restera une année dans des conditions acceptables: elle reprend du poids et des forces.

Mais dès Août 1951, soit 14 mois plus tard, apparaissent de violentes céphalées et une ptose palpébrale gauche qui décide d'une nouvelle hospitalisation.

Un nouveau contrôle d'entrée donne les précisions suivantes:

Les anciennes adénopathies latéro-cervicales gauches

ont presque complètement disparu. A leur place, on palpe un tissu fibrosé, parsemé de petits nodules ligneux. Les muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze gauches présentent les mêmes caractères d'atrophie.

Au status O.R.L.: la rhinoscopie postérieure permet d'identifier une masse tumorale jaune blanchâtre insérée sur le toit de l'épipharynx, obstruant complètement la choane gauche et en partie la droite. L'extension inférieure de la tumeur a pour effet de repousser en avant le voile du palais, de la parésie et de provoquer une voussure de la grosseur d'une noisette sur le palais lui-même.

La langue est déviée à droite.

Le larynx est indemne: ses deux cordes sont mobiles.

La rhinoscopie antérieure révèle qu'une masse gris-blanchâtre occupe le fond des 2 fosses nasales.

L'examen neurologique (19.11.51) précise les atteintes suivantes:

I ddc

II à droite

III à droite

V à gauche

VII à gauche

IX à gauche

X XI XII à gauche + atteinte du sympathique cervical à gauche (Claude Bernard Horner).

De plus, des troubles pyramidaux discrets et des troubles de la sensibilité de l'hémicorps gauche font soupçonner une extension vers le tronc cérébral.

Status ophtalmologique:

Paralysie externe et interne de la IIIe paire à gauche.

Hypoesthésie cornéenne gauche.

Ce syndrome correspond à un point d'attaque situé en arrière de la fente sphénoïdale.

Investigations radiologiques:

Crâne de profil: destruction du sphénoïde. Le plancher de la selle turcique est entièrement supprimé, les clinoides postérieures sont modifiées alors que les antérieures ne sont guère

altérées. Le sinus sphénoïdal présente sur ses parois antérieure et postérieure, de nombreux signes d'arrosion.

Incidence de Chaussé II : pas de modification osseuse dans la région du trou déchiré postérieur.

Conclusion: Ainsi la base du crâne a été envahie et en partie détruite dans sa portion sphénoïdale par le processus tumoral. A ceci s'ajoute un syndrome de Villaret (IX, X, XI, XII + sympathique cervical) provoqué par des métastases ganglionnaires sous-craniennes (sans atteinte osseuse des rebords du trou déchiré postérieur).

Après 1 année d'accalmie, le cancer reprend de plus belle. La situation est désastreuse. Que faire ? Reprendre la radiothérapie ?

L'échec de la première tentative de traitement avait rendu les radiologues réticents. Ils commencent par s'opposer à une nouvelle cure de R.X. et, ut aliquid fieri, on soumet la malade à un traitement de "Mycétine" réputée antimitotique.

Cependant, la tumeur s'étend inexorablement de proche en proche. Des contrôles neurologiques périodiques font le point de la situation. Ils permettent de noter de nouveaux symptômes. Ce sont:

- 1) une amaurose de l'oeil droit (une incidence de Rheese prouve la disparition partielle des contours du canal optique),
- 2) une grosse adénopathie dans la région rétro-angulo-maxillaire gauche,
- 3) une obstruction nasale complète extrêmement pénible pour la malade avec rhinolalie,
- 4) une extension de la voussure du palais dans toutes ses dimensions avec nécrose en son centre,
- 5) la jambe gauche se spasme. Ses réflexes sont plus vifs qu'à droite. Elle présente de plus une ébauche de Clonus. Des troubles de la marche en résultent.
- 6) Le psychisme s'altère, devient très instable, tantôt euphorique, tantôt dépressif. Incohérence du langage et de la pensée.

Tout cet ensemble symptomatique fait réclamer aux radiologues un nouveau traitement physiothérapique palliatif. Ils finissent par accepter en décembre 1951.

Le 9.1.52, un nouveau status ophtalmologique prouve que le carrefour pétro-sphénoïdal et l'apex orbitaire sont envahis puisqu'à une amaurose complète bilatérale s'ajoutent les atteintes des II, III, IV, V, VIe paires gauches avec exophtalmie.

Cependant, sous l'effet de la radiothérapie se produit une légère amélioration de la motilité de l'oeil gauche et la tuméfaction palatine régresse. Par contre, l'état général baisse brusquement ce qui oblige à interrompre à nouveau le traitement (11.2.52).

A partir de la fin janvier 1952, le syndrome algique s'intensifie: des névralgies faciales gauches tenaillent la malade et des céphalées bilatérales ne lui laissent ni trêve ni repos. Des fortes doses d'antalgiques lui sont prodiguées.

En février 1952, les radiographies montrent un envahissement des sinus faciaux.

Les fosses nasales sont complètement obstruées et pour soulager la malade qui se plaint sans cesse de ce nez bouché, on applique des sondes nasales de Radium dans chaque fosse à 3 reprises sans résultats appréciables.

Des vomissements incoercibles s'ajoutent bientôt aux névralgies qui ne répondent guère aux antialgiques les plus puissants. La patiente maigrit sans cesse.

Puis elle connaît une phase d'euphorie. Un envahissement du lobe frontal entraîne un mieux subjectif considérable. Malgré une amaurose bilatérale, une surdité marquée, un nez bouché, une exophtalmie avec larmolement continuuel, un ptosis palpébral, un état cachectique, elle voit la vie en rose et fait des projets d'avenir. Sa fin semble proche. Sa famille demande instamment de la rentrer chez elle afin de l'entourer dans ses derniers instants. Il est accédé à leur désir (16.4.52). Peu de temps après, la malade exite.

Observation III

M. Jean W., 76 ans, charpentier.

Les antécédents de ce malade n'offrent aucun intérêt: très avare en parole, il ne nous apporte guère d'éclaircissements sur ce qui l'a amené à consulter. Ce serait une sensation de gêne, avec picotements de la gorge qui l'auraient amené dans le Service otorhino-laryngologique, le 21.4.54.

Soumis comme tout malade à un examen général à son entrée en clinique, l'on ne relève rien de particulier à part une zone de granulations blanc-jaunâtres située au pourtour de la trompe d'Eustache droite et descendant sur le pilier postérieur du voile du palais.

Une suspicion de néoplasie est évoquée: deux biopsies sont pratiquées qui s'avèrent négatives. Sous l'effet des antibiotiques, la masse granulaire décroît. Une inflammation d'étiologie inconnue est soupçonnée. On laisse le malade quitter le Service en lui recommandant instamment de venir se faire contrôler régulièrement à la polyclinique. Mais il n'obtempère pas.

Trois mois plus tard, il réapparaît faisant entendre de nouvelles plaintes: des pharyngalgies et une sensation de corps étranger dans la gorge le harcèlent.

Un nouvel examen local permet de déterminer une évolution considérable de la situation: sur la paroi latérale droite du pharynx et s'étendant de la voûte épipharyngée du sinus piriforme, se dessine une masse bourgeonnante qui, se propageant à la paroi postérieure du pharynx, déborde la ligne médiane, qui en avant infiltre la moitié droite du palais et dans sa partie supérieure tend à combler le cavum.

Une nouvelle biopsie révèle cette fois un réticulosarcome.

Des radiographies (crâne de profil, larynx de profil) permettent de voir se profiler la tumeur de la base du crâne au-dessous de l'os hyoïde.

Des tomographies démontrent une infiltration des plans prévertébraux droits.

Il ne semble pas y avoir d'obstruction tubaire puisque les courbes audiométriques sont caractéristiques d'une presbyacousie physiologique, ni de métastases à distance (la radio pulmonaire entre autre est négative).

L'ossature crânienne et vertébrale contrôlée radiologiquement est indemne ce qui constitue un élément capital quant au pronostic.

La P.L., par ailleurs, montre un L.C.R. en tous points normal.

Un traitement aux R.X. est immédiatement instauré par 4 champs (angulo maxillaire et droit, cervical gauche et droit), le malade reçoit 12.000 R. au total en 7 semaines.

La tumeur fond comme neige au soleil.

Malgré les énormes dimensions de cette tumeur et sa longue évolution, le malade sort du Service oto-rhino-laryngologique le 11.12.54 cliniquement guéri.

Il est vrai qu'une radioépithélite importante avait entraîné une dysphagie intense et un inquiétant amaigrissement.

Mais depuis lors, plusieurs contrôles n'ont permis de déceler aucune récédive.

Il est encore trop tôt pour parler après 20 mois qui nous séparent du terme de la radiothérapie, de guérison définitive.

Mais ce beau résultat mérite d'être souligné.

Observation IV

M. Louis M., 48 ans, maraîcher.

Ce malade est encore en traitement à l'heure actuelle à la Clinique oto-rhino-laryngologique. Toutefois, si nous avons recours à son observation, c'est pour illustrer l'aspect clinique des lympho-épithéliomes.

Voici son histoire: dans les antécédents du malade, rien qui n'offre de l'intérêt en regard de l'affection actuelle.

Au début de septembre 1956, sans cause apparente, le malade présente une épistaxis assez abondante qui s'arrête spontanément.

Une nouvelle hémorragie nasale survient fin novembre 1956. Son médecin l'engage à consulter la polyclinique O.R.L.

Une tuméfaction masquant la partie supérieure de la choane droite est repérée à la rhinoscopie postérieure: une biopsie y est pratiquée.

Le diagnostic anatomique révèle un lymphoépithéliome: des bandes de grandes cellules épithéliales dans un stromalymphoblastique.

Cette tumeur de Schmincke-Regaud décide de son hospitalisation immédiate.

L'examen d'entrée ne fait rien ressortir de particulier aux status généraux, pulmonaire, cardio-vasculaire, uro-génital et nerveux.

Il n'existe en particulier aucune atteinte ganglionnaire ni aucune atteinte nerveuse.

La salpingoscopie et la pharyngoscopie permettent de préciser l'aspect et les limites de la tumeur. Celle-ci s'insère sur la voûte du cavum, oblitère presque complètement la choane droite et obstrue la partie supérieure de la gauche. Elle s'étend latéralement jusqu'au bourrelet postérieur de l'orifice tubaire gauche. Son aspect est rose-grisâtre, bourgeonnant.

Des contrôles radiologiques permettent d'exclure l'infiltration de l'ossature avoisinante et des métastases, à distance. Une radio du crâne de profil (avec et sans pulvérisation de substances de contraste) permet de voir nettement les contours de la tumeur et d'apprécier l'importance de son volume (oeuf de pigeon).

Un audiogramme démontre l'intégrité des 2 trompes d'Eustache puisque l'audition est normale.

Un traitement aux R.X. est mis en oeuvre: des résultats importants sont très rapidement obtenus. En un mois, la masse tumorale a remarquablement fondu. Elle est réduite actuellement (fin novembre 1956) à un petit nodule appondu à la voûte pharyngée. Les choanes sont complètement dégagées. Les trompes d'Eustache ne révèlent plus aucune anomalie.

Certe, une radioépithélite accompagnée de fortes dysphagie handicape considérablement le malade et a provoqué un important amaigrissement. Mais étant donné l'absence d'invasion osseuse et ganglionnaire, il est permis d'espérer une stérilisation définitive.

Le traitement n'est pas encore terminé et il est encore trop tôt pour se prononcer sur le destin de cette tumeur de Schmincke-Regaud.

XII CONCLUSIONS.

Les proliférations malignes du rhino-pharynx autrefois considérées comme exceptionnelles - constituent à l'appui des statistiques actuelles le 3 % des tumeurs de la tête et du cou.

Leur diagnostic est encore souvent méconnu, malgré des connaissances plus approfondies et des moyens techniques mieux adaptés: leur situation particulière, leur symptomatologie d'emprunt qui égare le chercheur, la difficulté des biopsies et les investigations cliniques incomplètes sont à l'origine de cette insuffisance.

Une surdité unilatérale, des céphalées profondes, des symptômes d'obstruction nasale, des adénopathies cervicales, des épistaxis, des syndromes neurologiques doivent toujours déterminer un examen approfondi et réitéré du cavum.

En cas de doute, tous les moyens techniques doivent être mis en oeuvre: salpingoscopie, pharyngoscopie, radiographies et biopsies.

Plus de 40 % des lymphoépithéliomes sont curables à leur stade initial. Près de 40 % des sarcomes peuvent être stérilisés au stade qui précède l'invasion osseuse. Il est donc de toute importance de savoir reconnaître ces tumeurs à temps.

Si les carcinomes ont un pronostic plus sombre, l'on pourra procurer au malade une survie appréciable.

Quatre observations de la Clinique oto-rhino-laryngologique illustrant tous les aspects de ces tumeurs du cavum nous ont permis de souligner du destin des malades traités trop tardivement et les succès que l'on pouvait obtenir grâce à un traitement précoce et bien conduit.

BIBLIOGRAPHIE

1. BACLESSE Etude radiologique et thérapeutique des tumeurs malignes du rhinopharynx, VIe Congrès international du cancer. Les Annales d'O.R.L. 1954, 71, 972.
2. BAYLIN G.J., REEVES, R.J. et KERMAN, H.D. A Roentgen and clinical Study of nasopharyngeal malignancies (Lymphoepithelioma and transitional Cell carcinoma) Sout. M.J. 1949 (June), 42, 467.
3. BRUNETTI, F. Patologia dei tumori maligni del Rino-faringe. Atti del XXXVIII Congresso Roma 13-15 octobre 1950.
4. BOSWORTH, F.H. Diseases of the nose and throat. Baltimore William Wood and Company, Vol. 1, p. 612 et 596.
5. CANUYT Maladies du pharynx. Masson Editeur, Paris 1936.
6. DAVISE, D.D. Diagnosis and Treatment of Tumors of the Nasopharynx. Proc. Roy. Soc. Med. 1947, 40, 707.
7. DIEHL, K.L. Salivary adenocarcinoma of the nasopharynx. Arch. Otolarynx. 1949, 49, 275.
8. DAITO, T., SAKAMOTO, H. and HARA, H.J. Neoplasm of the nasopharynx. Review of 69 cases which apparated in the japanese litterature. A.A.A. 1952 (July) 65, 45.
9. ESCAT, J.M.E. Evolution et transformation anatomique de la cavité nasopharyngienne. Thèse de Paris 1894.
10. EBERHARD, T.P. and LEAMING, R.H. Treatment of carcinoma of nasopharynx by irradiation. Radiology 1950, 55, 46.
11. FRIEDMANN, I. Cytological procedure for the diagnosis of cancers of throat, nose and ear. J. Laryng. and Otol. 65, I.
12. GODTFREDSSEN, E. Ophtalmo-neurological symptoms in malignant nasopharyngeal tumors. Brit. J. Opht. 1947 (Feb.), 31, 78.
13. GRAHAM V.P. and MEYER, R.R. Experiences with nasopharyngeal carcinoma.
14. HOOVER, B. Malignant growths of the nasopharynx. S. Clin north America 1947 (June) 2, 577.

15. HARA, H.J. Malignant tumors of the nasopharynx. A.M.A. 1954, 60, 440.
16. HICKEY, H.L. Nasopharyngeal malignant tumors. A.M.A. 1951, 53, 53.
17. JACOD Sur les sarcomes de la trompe d'Eustache. Soc. française d'O.R.L. 1914.
18. JACKSON, C. Primary Carcinoma of the nasopharynx. A table of cases. J.A.M.A. 1901 (aug.), 37, 371.
19. JACKSON, C. and JACKSON, C.L. Diseases of the nose, throat and ear. Company 1946, p. 189.
20. KRAMER, S. Treatment of malignant of the nasopharynx. Proc. Roy. Soc. Med. 1950 (Nov.), 43, 867.
21. MORRISON, L.F., HOPP, E.S. and WU, R. Diagnosis of the malignancy of the nasopharynx: cytological studies by the smear technic. Ann. oto. rin. and laryngol. 1949 (March), 58, 18.
22. MARTIN, H. and QAANS. The racial incidence (chinese) of the nasopharyngeal cancer. Ann. otol. rhinol. and laryngol. 1951 (May), 60, 168.
23. MARTIN, H. Diseases of the nose, throat and ear edited by Jackson and Jackson C.L. Philadelphia 1945, p. 188.
24. NEGUS, V.E. An discussion on Davis E.D.D. Diagnosis and Treatment of tumors of nasopharynx. J. larynx and otol. 1948 (March), 62, 192.
25. NEW, G.B. and STEVENSON, W. End Results of treatment of malignant Lesions of the nasopharynx. Arch. Otolaryng. 1943 (Sept.), 38, 205.
26. PROETZ, A.W. Essays of applied physiology of the nose. 2nd ed, St Louis Annals publ. Company 1941.
27. PIETRANTONI, L. Studio anatomico sulla volta faringea Studi di morfologia 1928.
28. PORTMANN, G. et RETROUVEY, H. Les cancers du nez, des fosses nasales et des cavités accessoires et du nasopharynx, Paris Doin éditeur 1927.
29. POLITZER, A. A textbook of the diseases of the ear for students and practitioners ed 5 London Bailliers, Tindall and Company 1909.

30. RUBENFELD, S. and WINSTON, R. Diagnostic of tumors of the nasopharynx by cytological procedure. A.M.A. 1953, 57, 442.
31. SCHMINCKE, A. Uber lymphoepitheliale Geschwülste "Beitrage z. path. anat." 1921, 68, 161.
32. STEVENS, D. A report on 35 cases of malignant tumors of nasopharynx. J. of laryng. and otol. 1956 (March), 170, 147.
33. THOMSON, Stc. and NEGUS, V. Diseases of the nose and throat. London 1948, 5th ed.
34. TROTTER, W. Pathology of tumors. London 1948.

